

ОБУЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ПРИНЦИПАМ УПРАВЛЕНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНЫМ ЗДОРОВЬЕМ В СТРУКТУРЕ СОВРЕМЕННОГО СОЦИУМА

Л.А. Дартау¹, Ю.Л. Мизерницкий²

¹Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН, Москва, Россия, dartau@mail.ru

²Детский научно-практический центр МЗ СР РФ, Москва, Россия, yulmiz@mail.ru

Работы по применению принципов и методов классической теории (автоматического) управления к объектам живой природы начались в Лаб. 38 ИПУ РАН в середине 60-х годов [1]. В 80-е годы продолжились в рамках международного проекта Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) СИНДИ на территории России. Проект СИНДИ был связан с изучением распространенности среди населения заболеваемости хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ) и смертности от них. Особенностью ХНИЗ является длительный (до 10 лет) бессимптомный период развития и невозможность полного восстановления здоровья после вывода пациента из неотложного состояния (инфаркта, инсульта, диабетической комы и т.п.). На сегодняшний день они составляют основную долю в инвалидизации и смертности населения развитых стран.

Благодаря достижениям медицины и социально-экономического развития в целом, население развитых стран получило возможность реализации своего потенциала долголетия – более ста лет жизни в сохранном состоянии. В то же время, подавляющее большинство граждан живет гораздо меньше и средняя продолжительность жизни варьирует от 60 до 80 лет в зависимости 4-х основных компонент: образа жизни, генетической предрасположенности, возможностей национальной системы здравоохранения и экологических особенностей среды обитания. В 70-е годы для выяснения доли вышеперечисленных факторов риска в судьбе конкретной личности стали использовать различного рода вопросники, позволяющие оценивать риск развития (или наличия) того или иного ХНИЗ у данного гражданина. Сбор данных осуществлялся ежегодно у лиц старше 35 лет, а после 20 лет продолжения проекта был подведен первый итог, который позволил сделать вывод о том, что на долю образа жизни приходится более 50% всех причин преждевременной смерти и первые 6 мест среди них заняли: курение, алкоголь, неправильное и нерациональное питание, низкая физическая активность, недостаточный и некачественный сон, неумение справляться со стрессом.

На момент начала работ в России появилась техническая возможность сбора данных об индивидуальном образе жизни не путем заполнения анкет на бумажных носителях, а непосредственно во время диалога респондента с компьютером с последующей выдачей результатов обработки данных на руки. В результате был создан программный комплекс «ЭДИФАР» (Экспертный Диалог для Исследования ФАкторов Риска), который обеспечивал в интерактивном режиме диалог с пациентами учреждений первичной медицинской помощи – поликлиник. По окончании диалога пациенты получали Карту результатов собеседования, в которой были распечатаны основные жалобы и факторы риска, а, главное, были приведены результаты попадания их в те или иные группы риска по основным ХНИЗ. Благодаря использованию компьютеров производительность и эффективность скрининга посетителей поликлиники оказалась очень высокой, и за короткое время через **первый** кабинет доврачебного собеседования прошли более 150 тысяч человек. Основными фундаментальными результатами этой работы были: **репрезентативный** характер получаемых характеристик популяционного здоровья, а также **психологическая адекватность** процедуры скрининга, которая практически исключала отказы пациентов от собеседования с компьютером и невольное искажение данных. Начиная с нескольких первых сотен обследованных, параметры распространения таких показателей как курение, избыточный вес и т.п. переставали меняться по мере дальнейшего накопления данных. А по достижении первой тысячи опрошенных, возрастной состав посетителей приобретал характерный профиль населения. Позднее, обнаруженные на популяционном уровне объективные закономерности в поведении людей в процессе самостоятельного обращения за первичной медицинской помощью, были подтверждены исследованиями и в других регионах. В частности, одним из таких масштабных исследований на территории РФ было «Внедрение экспертной системы для выявления детей с повышенным риском патологии, связанной с загрязнением атмосферного воздуха» в 2001-2002 гг. в рамках проект РОЛЛ/ROLL – «Replication of Lessons Learned». Проект РОЛЛ – «Распространение опыта и результатов» осуществлялся Институтом Устойчивых сообществ под патронажем Агентства США по Международному развитию [1,2].

Полученные результаты послужили основой для дальнейших теоретических исследований феномена здоровья, которые привели к осмыслению природы здоровья с позиций классической теории (автоматического) управления (сокращенно ТУ-подход) и обоснованию предложений по изменению деятельности государства, направленной на поддержание (сохранение, укрепление) здоровья граждан в современных условиях. Развиваемый подход оказался, с нашей точки зрения, конструктивным и позволил сформулировать новый взгляд на природу здоровья и предложить вариант **концепции** государственного управления здоровьем [3,4].

Первое, на что следует обратить внимание, это то, что попытка использовать возможности ТУ-подхода для изучения феномена здоровья не является попыткой втиснуть живую систему в «прокрустово ложе» механистических представлений. Это скорее попытка восстановить справедливость и использовать принципы кибернетики (формализованные в упрощенных ситуациях функционирования искусственно созданных механизмов) для понимания и объяснения сути индивидуального и популяционного здоровья. ТУ-подход рассматривает **здоровье** как **феномен**, возникающий в результате согласованного управления потоками вещества, энергии и информации, целью которого является поддержание постоянства существенных переменных внутренней среды организма. Другими словами, здоровье есть следствие управления, оно порождено управлением, а точнее **феномен здоровья есть результат управления**. При таком рассмотрении основным субъектом (**регулятором**) в управлении здоровьем оказывается сам человек, независимо от того, осознает он это или нет. А, следовательно, любые попытки воздействия на организм здорового человека, с ним не согласованные, со стороны других лиц обречены на неудачу. Вышеизложенное позволяет добавить к множеству существующих на сегодняшний день определений здоровья еще одно: **Здоровье – это феномен, возникающий в результате управления согласованной деятельностью клеток, тканей и органов живой системы с целью достижения постоянства (равновесия) большинства параметров, характеризующих как внутреннюю среду организма, так и относительную стабильность (гармонию) отношений в социуме.**

По этой причине осознание необходимости ограничений на те или иные формы поведения в повседневной жизни может произойти только через знания, полученные через обучение [5]. В свою очередь, анализ исторических аспектов развития человечества позволяет прояснить некоторые причины столь «обидных просчетов» при создании Homo sapiens. Начнем с того, что согласно одному из постулатов биологии: **вид, по определению, бессмертен, но жизнь составляющих вид отдельных организмов конечна**, и продолжается в ограниченном для данного вида интервале

времени. При этом в реальных условиях живой природы большинству представителей любого вида не дано реализовать свой потенциал долголетия. Так называемые «условно типичные» **кривые выживания** (**кривые дожития**, если речь идет о человеке) различных видов в различных условиях варьируют от сильно «вогнутых» до практически «прямоугольных». Человечество в своем эволюционном развитии прошло все стадии. Так до первой половины XIX века в Европе только четверть новорожденных доживали до пятилетнего возраста, а жизнь большинства взрослых людей редко превышала 30-летний возраст. С обнаружением бактериальной природы инфекционных заболеваний и созданием методик иммунизации населения средняя продолжительность жизни достигла к 1850 г. в Европе 50 лет. А после создания в 30-е годы XX столетия антибиотиков, обеззараживающих и обезболивающих средств младенческая смертность снизилась в Европе почти до нуля, и люди перестали умирать от большинства травм и оперативных вмешательств. Кривая дожития человека приобрела вид кривой выживания лабораторных животных, которым не грозит смерть от голода, они защищены от нападения хищников, их лечат от многих заболеваний.

Точка перегиба на **кривой дожития** современных граждан соответствует моменту истощения резервных возможностей механизмов гомеостаза. У человека такой момент наступает в 40 лет. До 40 лет доживают практически все, а период от 40 лет до исчезновения последнего представителя когорты (около 120 лет) вдвое превышает первый. Отсюда вытекает, что для реализации своего потенциала долголетия человек должен не просто следовать разумным правилам здорового долголетия после 40 лет. Он должен за период сознательной взрослой жизни от 20 до 40 лет сформировать в своей повседневной жизнедеятельности определенное количество **дополнительных** виртуальных контуров управления, которые и обеспечат ему возможность прожить долго. Важной особенностью ТУ-подхода является невозможность «потери объекта» в процессе рассуждений, поскольку все управленческие воздействия всегда осуществляются непосредственно через объект. Пример такого ошибочного умозрительного заключения, характерного для сегодняшнего дня, приводится ниже: Коль скоро медики сформулировали понятие факторов риска и их роль в развитии ХНИЗ и др. заболеваний, то им известно как эти факторы устранить (что далеко не очевидно!). А затем, организационная (управленческая) ошибка заключается в том, что медикам же и поручается устранение этих факторов. Именно по этой причине задачи формирования здорового образа жизни (ЗОЖ) среди населения не могут быть решены в принципе, поскольку медики из структуры современного здравоохранения не имеют доступа к здоровому населению (объекту управления) и никакого воздействия на него оказать не могут.

В терминологии права, **медицинская помощь** может быть охарактеризована как **совокупность общественных взаимоотношений, возникающих между людьми в связи с нарушениями здоровья**. Субъектами этих взаимоотношений являются врачи и пациенты. А точнее, люди, нуждающиеся в помощи и сострадании, и люди способные, наделенные знаниями и полномочиями, эту помощь оказать. В отношении здоровья такие общественные взаимоотношения не определены – для них нет даже подходящего названия, поскольку со стороны отдельных граждан отсутствует рефлексия по поводу собственного здоровья, а со стороны системы здравоохранения отсутствует реальная возможность контроля и воздействия на здоровых граждан. Кроме того, существуют и специфические для объектов живой природы особенности, осложняющие процесс управления здоровьем. Это, прежде всего невозможность оценки эффективности управления через принятое в экономике соотношение **выигрыша к затратам**. Поскольку выигрыш здоровым организмом не ощущается и измерен быть не может, а затраты реальны и касаются, в первую очередь личного **времени**.

Вот здесь и встает организационная проблема обучения граждан здоровью и обеспечения регулярности скрининговых мероприятий. И вторым **субъектом** (регулятором) в управлении здоровьем становится государство – **«большой организм»** (БО) в терминологии ТУ-подхода. Только на уровне БО хранятся, совершенствуются и могут быть доступными отдельным гражданам знания, добытые при этом мировым сообществом, и административные ресурсы для создания нового контура управления. В демократическом государстве эта проблема решается лишь при условии законодательно принятой формы **Договора** о социальном партнерстве граждан и государства в отношении управления индивидуальным и, как следствие, популяционным здоровьем. Наличие такого Договора является аналогом виртуального контура управления, в процессе функционирования которого возникает специфическая для этого вида деятельности **совокупность социальных взаимоотношений**, требующая, в свою очередь, соответствующего **правового обеспечения**, которое не охвачено существующим на сегодняшний день **медицинским правом**.

Одновременно, «препятствием» на пути предлагаемой инновационной деятельности государства оказывается принятый в большинстве демократических государств «Закон о невмешательстве в частную жизнь». В нашем случае это **привычки и навыки** повседневной жизни, несоответствующие современным представлениям о **самосохранительном поведении**. А коль скоро знания об этом поведении существуют лишь на популяционном уровне, то «**формирование ЗОЖ**» конкретной личности возможно лишь при условии соответствующих взаимных обязательств, оформленных в виде того же Договора, в котором прописаны также **обязанности и ответственности** сторон. Со стороны государства это не представляет сложностей. Для граждан предлагаемая форма Договора носит исключительно **добровольный** характер. Сделать процедуру подписания Договора привлекательной для населения за счет предоставления, например, дополнительных преимуществ в «страховании здоровья» – задача государства, а конкретно, лиц из числа служащих, наделенных административным ресурсом «в местах, где люди живут, работают и учатся» (ВОЗ). В РФ – это местная власть, работодатели и руководство образовательных учреждений.

Литература:

1. Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л., Стефанюк А.Р. Здоровье человека и качество жизни: проблемы и особенности управления. – М.: СИНТЕГ, 2009. – 400 с.
2. L.A. Dartau, Y.L. Mizernitsky Computer socio-medical dialogue with outpatients as a managerial tool for priority setting in Russia, Abstracts book of 4th International Conference of Priorities in Health Care, Oslo, Norway 18-20 Spt 2002; 1105.
3. Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л. Современные подходы к управлению общественным здоровьем: фундаментальные, этико-правовые и организационные аспекты. // Университетский вестник: Смоленский гуманитарный университет, 2007; 1(13): 15-22.
4. Дартау Л.А., Пищита А.Н. Правовые аспекты государственной деятельности по сохранению здоровья населения РФ / Россия: тенденции и перспективы развития. Ежегодник. Вып. 5. Часть I. – М.: ИНИОН РАН, 2010: 540-546.
5. Дартау Л.А., Мизерницкий Ю.Л. Педагогические аспекты управления здоровьем. / Мат. II региональной науч.-практ. конф. "Актуальные вопросы реабилитации в XXI веке" (медицинские, социальные, психолого-педагогические, правовые и организационные аспекты). Москва-Калуга-Смоленск, 2009: 11-18.